

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

899

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain, Jean CAMUS

Né le 5 Septembre 1931, à ALGER (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 1961

DE LA THERAPEUTIQUE PSYCHOSOMATIQUE
DEVANT LES ALGIES PELVIENNES
ESSENTIELLES DE LA FEMME
(à propos de trois observations)

Président : Monsieur J. DELAY (Professeur)

D. P. TAIB

8 Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Alain, Jean C A M U S

Né le 5 Septembre 1931 à Alger (Algérie)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

DE

LA THERAPEUTIQUE PSYCHOSOMATIQUE
DEVANT LES ALGIES PELVIENNES ESSENTIELLES
DE LA FEMME

--

(A propos de trois observations)

Président : Monsieur J. DELAY (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR : Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	SICARD (A)
(Cochin)	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J).
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
Cliniques (Baudelocque)	LACOMME (M)
obstétricales (Port-Royal)	VARANGOT
(Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hématologie	{BILSKI-PASQUIER (G) {DAUSSET (J)
Histologie	{COUJARD (R) pr.s.ch. {MAROIS (M) {RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	{BOYER (J) pr.s.ch. {CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	{BASTIN (R) {DUPONT (V)
Médecine légale	{DEROBERT (L) pr.s.ch. {HADENGUE (A) {FOURNIER (E) {GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F) {GRANJON (A) {HERVET (E) {LE LORIER (G)
Obstétrique	MORIN (P) {MUSSET (R) {ROBEY (M) {THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	{BREGEAT (P) {SARAUX (H) {DUDET (R)
Orthopédie	{RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	{BRUMPT (L.C) pr.s.ch. {CHABAUD (A) {BARCAT (J) {BINET (J.P.) {CAUCHOIX (J) {CHATELIN (C.L) {DUBOST (Ch) {DUBOST (Cl) {FAUREL (J) {FLABEAU (F) {GERMAIN (A) {LOYGUE (J) {MERCADIER {PERROTIN (J) {ROBERT (H) {THOMERET (G)
Pathologie chirurgicale	SCHNEIDER (J)
Pathologie exotique	

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales (Port-Royal)	VARANGOT
(Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
Pathologie expérimentale	MAURICE (J)
	PLAS (F)
	RICHET (G)
	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale	CATINAT (J)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H)m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
	JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	MANDE (R)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
	LEVY (Melle J)pr.s.ch
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phthisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
	CERNEA (F)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)m.c.agr
	GRELLET (M)
	CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique obstétricale	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)		(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique ophtalmol.	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)		(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-rhino- laryng.	(MADURO (R)
Clinique médicale	(ROUX (M)		
	(VERNE (J.M.)		
	(HAGUENEAU (J)	Clinique pédiatrique et puéricul- ture	(LAPLANE (R)
	pr.s.ch.		
	(DOMART (A)	Clinique psychiatrique Clinique urologique	(BARUK (H)
	(PERRAULT (M)		
	(RAMBERT (P)		
	(THIEFFRY (S)		(KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)
	Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Chers Parents,

En témoignage de mon affection
et en reconnaissance des
sacrifices qu'ils ont consenti
pour moi.

A ma Femme et à mes Enfants,

Avec toute ma tendresse.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. DELAY

Professeur de la clinique des maladies
mentales et de l'encéphale à la Fa-
culté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie nationale de Méde-
cine,
Membre de l'Académie Française,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur PAULEAU,

Qu'il soit assuré de toute notre
gratitude et de notre
respectueuse reconnaissance.

DE
LA THERAPEUTIQUE PSYCHOSOMATIQUE
DEVANT LES ALGIES PELVIENNES ESSENTIELLES
DE LA FEMME

- :-

INTRODUCTION

-:-

On groupe sous la dénomination "Algies pelviennes" toute une gamme de manifestations douloureuses dont l'origine est parfois organique parfois psychique, plus souvent mixte.

Les Algies pelviennes ont une importance pratique considérable car les "douloureuses" sont légion. Difficiles à soulager, toujours insatisfaites, ces malades errent de salle d'attente en salle d'attente. Elles ont vu "tous les médecins" "tous les spécialistes" et ont dépensé des sommes importantes en pure perte. Souvent, leur désappointement, le manque d'intérêt qu'elles suscitent, les ont déjà conduites chez un guérisseur ou un charlatan.

- Les douleurs dont souffrent ces malades ont un caractère d'ensemble : leur topographie floue, imprécise. Ce sont des femmes qui souffrent "du ventre", "des reins"... sans rythme, ni chronologie particulière. Le plus grand nombre d'entre elles surviennent sans support organique, ou très lointainement attachées à lui. Ce sont les plus intéressantes. Elles sont décrites par le Professeur FUNCK-BRENTANO sous le terme d' "Algies essentielles".

- C'est GOOCH, en 1831 qui les individualisa pour la première fois sous le nom d' "utérus irritable". RICHELOT en 1892, en a fait des névralgies pelviennes vraies. La douleur

est ici continue. Son début sans caractère de brutalité est le plus souvent insidieux et son évolution est progressivement aggravée avec des "exacerbations déclenchées par la période prémenstruelle, la période ovulatoire, le coït ou la fatigue". L'affection dans son imprécision a reçu des noms multiples. SCHOCKAERT rappelle que c'est la maladie "aux vingt noms". Pour MARYOKS : "die Krankneit mit den zwanzig Nahmen".

- Le problème posé par ces malades mérite cependant d'être pris en considération. Ces femmes, qui constituent un fardeau social redoutable, notamment du fait de l'absentéisme, peuvent le plus souvent être soulagées. "Le terrain psychosomatique joue en effet ici un rôle capital, soit que primitivement la femme soit une instable vago-sympathique, soit que l'instabilité soit créée et développée par la névralgie".

Aussi nous a-t-il paru intéressant de relater ici trois observations prises à l'hôpital de M.... Algies paviennes que l'on peut qualifier d'essentielles et qui ont ou cédé, ou considérablement diminué devant une conduite psychothérapeutique, ce qui ferait rattacher ces affections au chapitre déjà immense de la médecine psychosomatique

CHAPITRE I

OBSERVATION N° 1

-:-

Madame G. Colette, 23 ans, entre dans le Service en septembre 1960 pour douleur pelvienne sourde à type d'endolorissement permanent de la fosse iliaque gauche avec paroxysmes au moment de l'ovulation et règles douloureuses.

Depuis l'âge de 17 ans, cette jeune femme se plaint de douleurs semblables presque continuelles et qui entraînent de nombreux arrêts de travail. De nombreux médecins consultés ne purent mettre une étiquette à sa maladie. Tous les examens en effet se révèlent normaux, aucun signe de salpingite ni d'infection vaginale si ce n'est la présence de quelques trichomonas. Le col utérin paraît normal, l'utérus en place. Au toucher rectal, non douloureux, on ne retrouve aucun signe d'infiltration des paramètres. La radiographie sans préparation, puis l'hystéro-salpingographie ne révélèrent aucune lésion, ni masse pouvant être rattachée aux douleurs.

D'un autre côté, aucun signe rénal. Une urographie intra-veineuse demandée montre la bonne disposition des uretères. Calice et bassinets sont normaux. L'examen digestif, tant la recherche d'amibes que le lavement baryté ne révélèrent pas plus une étiologie possible. En octobre 1958, cette malade fut, au cours d'un épisode

paroxystique, opérée. On pensait appendicite atypique.

Pourtant après ablation de l'appendice normal, les douleurs se poursuivirent comme auparavant.

Numération-formule sanguine et vitesse de sédimentation demandées à plusieurs reprises ne donnèrent aucun indice, si ce n'est que confirmer l'absence d'infection.

Seul signe positif, des douleurs sourdes continuelles, sans irradiation, occupant toute la fosse iliaque gauche, persistant même la nuit mais en général supportables et n'entraînant pas l'insomnie. Et avec des paroxysmes, obligeant la malade à suspendre ses activités, environ vers les 14ème et 16ème jours du cycle - ou en cas de fatigue générale. Ces paroxysmes de même type que la douleur de base disparaissent spontanément et ne réagissent pas aux antispasmodiques type Buscopan. Les antalgiques généraux, ou mieux encore la présence de glace in loco apportent souvent une amélioration.

A noter que depuis ces deux dernières années, ce qui correspond à peu près à la date de son mariage, Madame G... se plaint également de dysménorrhées, très supportables, certes, mais dont l'origine pas plus que celle de la douleur de la fosse iliaque gauche, ne peut être retrouvée.

A l'interrogatoire un peu poussé, la malade fit le récit suivant : A 17 ans, elle lie connaissance avec un homme de 11 ans plus âgé qu'elle et devint sa maîtresse. Rapports normaux pendant six à huit mois. Mais cet homme était marié, avait deux enfants en

bas âge et avait déclaré à sa maîtresse qu'il ne tenait pas à divorcer et ne pourrait faire sa vie avec elle.

Au bout de 6 mois de liaison, il décida de reprendre la vie commune avec sa femme légitime. Madame G... lui avoua alors qu'elle était probablement enceinte. Son ami en conséquence recula la date de séparation mais fit le nécessaire pour qu'elle se fasse avorter. Sur ces entrefaits, l'épouse légitime ayant appris que son mari avait une liaison, demanda et obtint une entrevue avec la jeune fille et la supplia de lui rendre son mari en l'apitoyant sur le sort de ses deux enfants. Cette démarche réussit et Colette céda. L'avortement eut lieu, sans complication aucune pour la santé de la jeune fille.

Cette dernière eut encore des rapports avec son ami, pendant un mois, puis sur une nouvelle démarche de la femme légitime, les deux amants cessèrent de se voir.

Dès lors se développa chez la jeune fille un sentiment intense de jalousie qui la poussa à errer dès cinq heures du matin sous les fenêtres de l'appartement de son ami. Son angoisse était alors extrême, elle ne cessa d'être obsédée par l'image du mari et de la femme ayant ensemble des rapports sexuels, ce qui provoquait en elle le dégoût pour tout ce qui se rapportait au sexe. C'est à cette époque que commencèrent à s'extérioriser les douleurs décrites plus haut. Et celles-ci parurent se préciser d'autant plus que la jeune fille se trouva alors devoir repousser les assiduité d'un homme d'une cinquantaine d'années et considéré par elle comme un "vieillard".

C'est donc sous l'influence de circonstances psychologiques que se sont installées les algies pelviennes et un syndrome anxieux avec sentiment de jalousie, d'éviction et de néant. Le mariage réalisé quatre ans plus tard n'avait pas modifié cet état. Au contraire, comme nous l'avons déjà signalé, on pouvait noter l'apparition de dysménorrhée depuis cette date, et même d'un certain vaginisme, la jeune femme refusant et espaçant de plus en plus des rapports sexuels par ailleurs de plus en plus difficiles.

La poursuite des investigations a révélé des faits importants au cours de l'enfance, dont les répercussions expliquent le réveil des conflits actuels. Les parents ont divorcé quand l'enfant avait quatre mois. L'enfant confié à sa mère n'eut plus avec son père que des contacts espacés. Sa mère se remaria avec un amant qu'elle avait avant la naissance de Colette et dont celle-ci pense qu'il est peut-être son père naturel. Colette s'attacha fortement à ce beau-père. Sa mère mourut lorsqu'elle avait 10 ans, d'une embolie consécutive à une opération gynécologique.

Elle vécut alors avec son beau-père et coucha dans son lit jusqu'à l'âge de 14-15 ans. Il semble qu'il y ait eu de vagues tentatives d'approche sexuelle de la part de cet homme qui se montrait jaloux et amoureux, demandant qu'elle consentit à l'épouser lorsqu'elle aurait 20 ans, car elle ressemblait à sa mère.

Ce désir la bouleversa, la décida à quitter son beau-père et à aller retrouver son père. Elle avait alors quinze ans.

On conçoit qu'une succession de tels chocs psychologiques sur une jeune fille paraissant par ailleurs excessivement sensible, puisse entraîner un état pathologique.

Elle s'imaginait être la responsable de tous ses malheurs, se jugeant "fatale", "marquée par le destin", destinée à attirer le "malheur des autres" etc... Ainsi se trouve conféré aux algies pelviennes, puis aux dysménorrhée ainsi qu'au vaginisme débutant un caractère incontestable d'auto-punition.

Mais, dans cette situation où transparaît le complexe d'Oedipe, son apitoiement se portait surtout sur les deux enfants dont une petite fille, de son ami. Elle s'identifiait à cette "pauvre fille" comme elle même "transbahutée".

La psychothérapie fut poursuivie quelques semaines. Sans être achevée elle permet néanmoins la reprise "normale de relations sexuelles, la disparition des dysménorrhée et une très grande amélioration dans la survenue des algies de la fosse iliaque gauche, presque entièrement disparues avec cependant quelques réapparitions au moment de l'ovulation. Bientôt la jeune femme fut enceinte, et les douleurs auraient alors complètement disparu.

CHAPITRE II
OBSERVATION N° 2

-:-

Madame P..., âgée de 28 ans entre dans le service pour troubles fonctionnels qu'aucune atteinte organique ne justifie, à type de douleur faite de pesanteur avec parfois sensation de picotement et de tiraillements dans le bas ventre, "en profondeur" avec irradiation anale. Ces douleurs se sont installées peu de temps après son mariage et surviennent de préférence le soir, à la fatigue, pour céder spontanément une fois la malade couchée. De plus mariée depuis 5 ans à un homme qui a maintenant 31 ans et avec lequel elle s'entend très bien, elle n'a pu avoir avec lui de rapports sexuels satisfaisants. Dès l'intromission, elle ressent une douleur vaginale vive, en même temps que réapparaissent ou s'accroissent les algies profondes dont nous venons de parler. Parfois même s'y associe une sensation vertigineuse pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance. Elle a pris l'habitude d'interrompre le coït dès l'apparition de ces douleurs (pratiquement dès le début), ce qui ne les empêche pas de persister après pendant plusieurs minutes, si bien que quoique non frigide elle préfère renoncer à tout rapport sexuel.

A l'examen comme pour la malade précédente aucun signe d'atteinte organique ne put être

retrouvé. Pas d'infection, pas de lésion ou de tumeur annexielle, aucune explication rachidienne ni rénale. Tout au plus, en examinant l'état général, peut-on constater une tendance à l'engraissement (la malade a pris 6 kg depuis son mariage et elle pesait 52 kg alors). Aucune dysménorrhée. Réglée normalement depuis l'âge de 13 ans, la malade ne peut noter jusqu'à son mariage aucun trouble menstruel et même après, la survenue de ses règles quoique moins régulières ne lui causa aucun souci.

En raison du niveau mental un peu fruste, la Psychothérapie ne peut être qu'assez superficielle : au cours du traitement la malade accepte d'emblée les explications psychologiques qui lui sont proposées. Dès la première narcose elle dit combien son enfance fut malheureuse entre un père alcoolique et une mère constamment battue. Elle parle de son père sans aucune tendresse et insiste sur une scène qui l'a particulièrement affectée : le père ivre revenant un soir prétend pouvoir abuser de sa fille et la préférera de beaucoup à sa femme. Comme celle-ci s'opposait à de tels desseins une bagarre s'ensuivit au cours de laquelle la mère fut défendue par ses deux garçons. La malade revoit encore avec une vive angoisse son père tomber devant la cheminée sous les coups de ses fils. Malgré la réminiscence émotive de cette scène qui avait entraîné une grande décharge d'anxiété, il n'y eut pas d'amélioration immédiate. Ces algies pelviennes soudaines réapparaissaient presque régulièrement chaque soir.

Vers la 10^e séance (alors que ses rêves et l'entretien narco-analytique montraient que sa haine s'étendait à tous les hommes et qu'elle craignait inconsciemment de mener la vie de sa mère) un coït fut possible, moins

douloureux et sans vertiges. Dans le même temps les algies reprenaient. Deux semaines plus tard, elle put accéder à l'orgasme, les rapports parurent normaux, toute douleur avait disparu. La Psychothérapie fut arrêtée et ces dernières seules se retablirent quoique moins nettes qu'auparavant. Le traitement fut repris à raison d'une seule séance par semaine ; les algies à irradiations anales disparaissaient au début, les irradiations seules revenant le soir, en fin de semaine.

La malade put reprendre son traitement à raison de deux séances par semaine pendant deux mois. Puis la vie sexuelle s'étant établie normale la Psychothérapie put être abandonnée. La malade revue six mois plus tard ne présentait aucun trouble.

CHAPITRE III
OBSERVATION N° 3

--

Il s'agit là d'un cas qu'il ne nous a pas été possible d'étudier personnellement mais qui de par sa similitude avec les deux premiers nous a paru intéressant à être rapporté.

Mademoiselle C... Francine, 25 ans, est hospitalisée pour algies pelviennes diffuses et dysménorrhée. Effectivement pendant toute la durée du cycle la malade se plaint de douleurs à type de picotement dans tout le petit bassin, douleurs accentuées avant les règles au point de faire garder le lit à la jeune fille 8 jours par mois. Là encore on ne retrouve aucune cause organique décelable.

Tous les examens furent pratiqués, tous les traitements médicaux et de petite chirurgie furent tentés sans résultats. Certains médecins spécialistes allèrent jusqu'à proposer une hystérectomie devant une affection qui privait cette jeune fille d'une semaine de vie active sur quatre. Mais elle fut rejetée en raison du jeune âge de la malade. L'étude psychologique montra des conflits émotionnels remontant à la préadolescence et réveillés par la situation sociale de la jeune fille. Née de parents divorcés, elle avait été élevée par sa mère qui était morte voici 10 ans

et depuis travaillait tant bien que mal comme dactylo à mi temps chez un employeur compréhensif.

Une triste aventure amoureuse survenue alors qu'elle atteignait ses 20 ans n'avait contribué qu'à lui faire perdre, en plus de ses illusions, le peu de confiance qu'elle pouvait avoir en elle même, et n'avait fait qu'accentuer la sensation de solitude dans laquelle elle se trouvait. Vivant sur elle même, négligeant ses compagnes dont elle haïssait secrètement le bonheur et la désinvolture, elle se croyait rejetée du monde et de par sa maladie contrainte socialement à renoncer à toute maternité.

"Réglée à l'âge de 11 ans, elle aurait vers cet âge et même un peu plus tard éprouvé du dégoût pour les hommes. D'un frère plus âgé de sept ans, elle a peu parlé. La soeur plus âgée de 5 ans semble jouer un rôle plus important. Celle-ci, lors de la séparation des parents, est restée avec le père. Les propos la concernant sont critiqués et une jalousie à son égard l'a nettement affirmé". Cette rivalité aurait apparu dans un rêve au cours duquel elle trompait sa soeur et se jetait dans les bras de son beau frère. L'état d'anxiété dans lequel la met les interrogatoires sous narcose semble réactiver la jalousie fraternelle en même temps qu'une sensation impuissante d'isolement.

Par la Psychothérapie (1 jour seulement par mois) les douleurs précédant les règles diminuèrent, mais toujours persistaient les algies pelviennes sourdes et diffuses à tout le petit bassin. Mais la malade se guérit d'elle-même ; en effet de par le traitement d'une part qui lui avait redonné confiance en elle-même et aussi de par les circonstances,

elle fut amenée à réenvisager sa vie sentimentale, finit par se marier et avoir un enfant. Tous les troubles disparurent dès le mariage.

CHAPITRE IV

-:-

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MALADE SE PLAIGNANT D'ALGIES PELVIENNES

-:-

De telles observations certes, et heureusement ne sont pas de pratique courante. Cependant on peut en déduire que peu de femmes sont aussi décevantes à soigner et aussi difficiles à guérir que celles qui souffrent du ventre.

A vrai dire on peut se demander avec H. ROBERT pourquoi ces femmes viennent consulter le Gynécologue alors que celui-ci aura bien du mal à déterminer si sa cliente a mal dans sa "sphère génitale" ou ailleurs. Il existe certainement un conditionnement familial ou social qui fait que la femme qui souffre du ventre estime qu'elle le doit à ses "organes". "Une vieille malédiction pèse sur la sexualité et ce qui s'y rattache, mais seulement chez la femme, puisque ce sont les hommes qui longtemps furent seuls à enseigner et à écrire ..." De toute façon que la thérapeutique de ces affections relève du gynécologue ou du psychiatre, un soin tout particulier devra être apporté à la conduite à tenir et particulièrement lors de l'interrogatoire.

- L'anamnèse en effet reste l'élément principal orientant vers le diagnostic, car la richesse symptomatique de ces états algiques est étonnante et ses origines non moins.

Pourtant l'interrogatoire est navrant tant les antécédents gynécologiques et obstétricaux comportent de déboires. Les règles sont souvent douloureuses, le passé obstétrical fréquemment compliqué (déchirure périnéale, avortement, curettage ...), le passé chirurgical déjà chargé (appendicectomie, interventions gynécologiques diverses...). La vie sexuelle est rarement satisfaisante : la dyspareunie s'observe parfois mais surtout la frigidité est presque constante. Certaines pratiques anticonceptionnelles, principalement le "Coïtus interruptus" ne semblent pas étrangères à cet état de choses, tant elles sont fréquemment retrouvées chez ces femmes. Nul doute que la congestion pelvienne contemporaine du coït, perdant brutalement son support anatomique avant d'aboutir à sa conclusion normale, ne soit un important facteur de déséquilibre neuro-végétatif.

- La Douleur est généralement le centre des préoccupations de la femme. Il faut tout d'abord s'efforcer d'en faire préciser le siège (région hypogastrique, fosse iliaque, région lombaire ou lombo-sacrée). C'est que la topographie clinique de la douleur est variable et l'école Belge en a fait de très remarquables études. "Il existe des zones ventrales et des zones dorsales disposées en bandes horizontales arasant Pubis et Arcades crurales en avant, la moitié supérieure du sacrum et les articulations sacro-iliaques en arrière. Il existe des zones profondes, correspondant au cul-de-sac de Dou-

glas souvent mieux réveillées par le toucher rectal que par le toucher vaginal. Enfin, il existe des zones d'irradiations débordant le territoire pelvien : épigastralgies, nausées, vomissements, tachycardie, lipothymies etc... devant laisser soupçonner un terrain neuropathique sérieusement imprégné".

Ces irradiations dorsales, anales, crurales sont généralement atypiques, antérieures, internes, elles ne sont pas calquées sur une topographie neurologique. Une irradiation précise, obturatrice ou sciatique doit faire soupçonner une étiologie organique, extra-génitale le plus souvent.

Le caractère de ces douleurs est lui aussi bien particulier en ce sens qu'il ne s'agit le plus souvent que d'un endolorissement permanent, avec souvent une certaine recrudescence au milieu du cycle et à la période prémenstruelle. La douleur est comparée à une pesanteur, des picotements, des tiraillements ; attention aux sensations de brûlure et de prurit, vulvaires et vaginaux, souvent symptomatiques d'altérations locales des muqueuses. Seule la névralgie du nerf honteux revêt une intensité causalgique parfois atroce, mais celle-ci ne peut être considérée en aucune façon comme algie pelvienne essentielle.

- Les circonstances d'apparitions de ces douleurs, aussi bien dans le cycle (comme nous venons de le voir) que dans la journée peuvent également orienter vers le diagnostic. Certaines malades ne ressentent rien, étant couchées et ne souffrent pas le matin. Les douleurs apparaissent dans la journée avec la fatigue. D'autres ne sont pas soulagées la nuit : elles sont plus rares. Presque toutes souffrent lors des rap-

ports sexuels, d'une douleur profonde qui persiste après l'achèvement de la copulation. Une valeur spéciale sera attachée aux dyspareunies d'apparition récente, chez des femmes qui ne sont pas frigides, ni névrosées.

A noter encore un certain nombre de signes d'accompagnement que l'on retrouve à l'anamnèse. Dysménorrhées souvent, syndrome prémenstruel avec tension mammaire et gonflement abdominal. Une tendance à l'engraissement beaucoup plus fréquente que l'amaigrissement. Leucorrhée bien souvent dont il ne faut pas négliger l'importance car elle peut être la preuve d'une étiologie infectieuse. Ou encore d'autres signes ano-rectaux (hémorroïdes en poussée) ou vésicaux (pollakiurie rare, dysurie fréquente)... Tous ces signes, ou la plupart, manquent dans les algies pelviennes dites essentielles.

- L'examen clinique doit être particulièrement minutieux, car, si des lésions organiques importantes ne passent pas inaperçues, des atteintes plus discrètes risquent d'être méconnues pour peu qu'on ne les recherche avec soin. Leur importance pathogénique doit être évaluée avec prudence : telle lésion semble suffire pour expliquer les douleurs, telle autre paraît sans commune mesure avec l'intensité de la symptomatologie fonctionnelle.

L'examen peut ainsi découvrir des lésions susceptibles d'expliquer la symptomatologie douloureuse sans qu'on puisse cependant affirmer qu'elles jouent un rôle déterminant.

- Les muqueuses vulvaires doivent être examinées y compris les glandes de Bartholin et leurs orifices. On recherchera les stigmates obstétricaux et un éventuel prolapsus.

- Le vagin, sans irrigation préalable, sera étudié, car trop de médecins ne savent pas que la leucorrhée est trois fois sur quatre d'origine vaginale. Le trichomonas se voit à l'examen direct. Le muguet se devine à l'aspect. Il serait parfois utile de mesurer le pH vaginal qui est anormal s'il est alcalin.

- Le col utérin peut paraître normal : dans ce cas il mérite un test de Scheller. Dans le cas contraire, il existe généralement un ectropion suintant et enflammé, cause de leucorrhée et véritable infection génitale chronique qui peut entraîner une lymphangite chronique et une sclérose péricervicale douloureuse. L'examen vaginal devra être poussé au maximum : colposcopie, frottis, biopsie.

- La position utérine sera appréciée. Un utérus rétrodévié incite souvent à la pratique d'une hystéropexie. Pourtant une déviation mobile et indolente ne la mérite guère. Une rétroversion fixe est le symptôme ou la séquelle d'autre chose (annexite pelvi-péritonite, endométriose) qui n'est peut-être pas chirurgicalement curable de façon économique. Par contre, l'existence d'un nodule douloureux au niveau de l'isthme et surtout, l'éventualité de la reproduction de la douleur par la traction vers l'avant, avec le doigt, du col utérin, sont très évocatrices.

- Le toucher rectal est indispensable. Il peut sentir le paramètre infiltré, induré ce qui est bon signe d'endométriose. Et, si l'exploration par voie rectale ne provoque nulle douleur au niveau des zones dont l'effleurement par voie vaginale était intolérable on est en droit de se méfier du caractère "organique" de ces douleurs.

- L'exploration des culs-de-sac - "C'est la faillite de la clinique, ou plus exactement, des cliniciens". C'est du moins là l'opinion de H. ROBERT qui émet des doutes sur la valeur d'un examen ou avec un index de 10 centimètres, il faudrait déceler à 8 cm de profondeur une anomalie fine chez une femme éventuellement musclée, ou grasse, ou résistante au palper abdominal.

- Parfois on ne sent rien, ce qui ne veut pas signifier automatiquement qu'il n'y ait pas d'étiologie organique à ces lésions.

Examens complémentaires

- L'examen clinique, complété au besoin par des clichés radiographiques doit d'autre part éliminer une origine rénale ou rachidienne lorsque les douleurs ont une topographie lombaire.

- Aussi devra-t-on faire un bilan rénal complet avec d'une part recherche cyto-bactériologique dans les urines, notion d'urée, d'albumine et de clearance, avec d'autre part examen vésical par cystoscopie et examen d'urine après division des urines et enfin avec clichés radiographie sans préparation puis urographie intraveineuse, voire urétéro-pyélographie rétrograde.

- La charpente osseuse du petit bassin à son tour sera examinée attentivement à partir des clichés sous incidences multiples, en particulier au niveau des vertèbres lombaires et sacrées avec si besoin des to-mographies.

- Bien sûr des radiographies de la sphère génitale compléteront les résultats de l'examen clinique. Par la combinaison d'hystéro-

salpingographie et pneumopéritoine il devient possible d'obtenir avec une netteté satisfaisante l'image des cavités utéro-tubaires, et le contour externe de l'utérus, des trompes, des ovaires et des ligaments larges (STEIN et ARENS).

En cas de doute, et particulièrement si l'on craint une étiologie grave des algies pelviennes certains auteurs recommandent, en plus des examens précédents, une coelioscopie. Il s'agit là de l'endoscopie de la cavité abdominale pelvienne préalablement distendue par un pneumo-péritoine, qui peut être réalisée par voie transpariétale (coelioscopie abdominale, laparoscopie, péritonéoscopie) ou par voie transvaginale (coelioscopie transvaginale, Culdoscopie, Douglascopie). On obtient ainsi une bonne visualisation directe particulièrement des annexes. Il va de soi qu'un examen de ce genre ne sera entrepris qu'en milieu chirurgical et uniquement si l'on suspecte une étiologie grave.

Au terme de l'examen

Le bilan clinique se révèle le plus souvent pauvre. Et l'ensemble de l'examen n'a eu pour but qu'à éliminer toute affection organique.

Soit qu'il s'agisse d'une anomalie nette

. fonctionnelle : essentiellement un syndrome prémenstruel justifiable d'une thérapeutique spéciale androgènes, progestérone, diurétiques, amaigrissement.

. anatomique : cervicite-vaginite curables ou encore prolapsus, rétrodéviation, endométriose, ovaire polykystique, ou bien plus évident encore : masse latéro-utérine vraie ou paramétrité.

Soit qu'on ne découvre pas d'anomalie génitale nette.

C'est le cadre des "algies sans lésions perceptibles". Mais là aussi, l'observation prolongée des malades, les investigations paracliniques, la laparotomie prouvent qu'il peut quand même exister quelque chose de décelable.

- Dans la "Sphère Génitale" H. ROBERT place ici :

- les ovaires microkystiques, "bien douloureux et contre lesquels nous sommes bien désarmés au point de vue chirurgical",

- les hydrosalpinx latents
que découvre la coelioscopie ou l'hystérog-

- le syndrome de la "déchirure du ligament large" d'Allen et Master "chez les mères de famille qui se plaignent d'algies, de dyspareunie et d'asthénie, syndrome éventuellement opérable si la femme est soulagée par le port d'un pessaire".

En dehors de l'appareil génital : une affection ostéo articulaire ou urinaire, et nous avons vu l'importance ici des examens complémentaires.

- Et parfois on ne trouve rien au terme d'une enquête qui a pu demander beaucoup de temps, beaucoup de patience à la femme et qui finit par revenir très cher.

Avant de parler de sinistrose, d'hypochondrie, d'affections psychosomatiques, il faut rappeler que nous ne sommes pas égaux

devant la douleur. "Si ce phénomène est d'ordre vaso-moteur on peut admettre que des causes minimes peuvent sur certains terrains prédisposés, entraîner ce déroulement inexorable que LERICHE décrivait dans d'autres domaines, le fonctionnel pouvant parfois créer l'anatomique. Ne fait pas qui veut une algie diffusante post-traumatique, une ostéoporose fracturaire, un syndrome causalgique. Peut-être, dans les douleurs pelviennes dites sans substratum anatomique existe-t-il quelque chose de comparable". C'est ici que va se révéler l'importance de la médecine psychosomatique.

CHAPITRE V

-:-

INTERET DE LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE DEVANT DE TELLES MALADIES

-:-

Au total, le bilan clinique des malades atteintes de ces algies dites "essentiellles" est le plus souvent pauvre. Il contraste avec la richesse de la symptomatologie fonctionnelle. C'est ce paradoxe que l'étude du terrain et du psychisme tente d'expliquer.

Ces malades sont anxieuses, persuadées être victimes d'une affection grave, d'un cancer le plus souvent, que personne n'est parvenu à déceler et dont il est quasi impossible de les en dissuader. Elles s'inquiètent du sort que connaîtront leurs enfants si elles viennent à mourir.

L'angoisse se double d'instabilité : elles changent de médecin chaque semaine, partent à la campagne "changer d'air" et reviennent précipitamment parce que leurs troubles "s'aggravent". Leurs réactions sont démesurées et souvent l'interrogatoire est entrecoupé de crises de larmes.

Ces malades sont souvent des inadaptées sociales : elles se posent en victime d'un employeur incompréhensif, d'un mari irascible, d'enfants indifférents. On imagine d'ailleurs difficilement comment employeur,

mari, enfants, seraient satisfaits de pareil comportement ! D'autant plus que ces malades, fait particulier, tirent bénéfice de leur affection : elles abandonnent à tout instant leur travail pour quelques jours de repos. A leur foyer, enfin elles manquent de la patience et du calme nécessaires à la bonne éducation des enfants. Elles rendent leur mari malheureux et refusent parfois les relations sexuelles.

Chez la jeune fille, la crainte des rapports sexuels, l'appréhension de la "nuit de nocés" peuvent se transposer en algies diffuses pelviennes. Mais le plus souvent de telles douleurs, liées souvent à une dysménorrhée ou à une anorexie dite mentale, traduisent l'inadaptation au milieu familial, la révolte contre une autorité paternelle ou maternelle excessive, contre une éducation trop austère. D'autres fois, les douleurs servent à attirer l'attention et sont une tentative pour forcer l'affection de parents indifférents.

Chez la femme, toutes les circonstances qui contrarient l'épanouissement de la féminité peuvent entraîner de la même façon des algies d'étiologie incompréhensible, cliniquement parlant. Telles sont par exemple l'insatisfaction sexuelle, les déceptions affectives, l'interruption provoquée d'une grossesse. On a pu dire qu'un "mariage heureux guérit la dysménorrhée" (ROEMER). De même en serait-il des algies pelviennes. Il est à remarquer leur plus grande fréquence chez les femmes dont les tendances caractérielles sont à l'hypersensibilité à une féminité maladie en quelque sorte "refoulée".

La thérapeutique doit cependant tout d'abord tenir compte des éventuelles lésions organi-

ques découvertes à l'examen. Les exo cervi-
cites seront électro-coagulées, les annexites
traitées par l'antibiothérapie associée ou
non à la vaccinothérapie ... Les indications
d'un traitement chirurgical seront restreintes
au maximum : les laparotomies, les exérèses
non justifiées n'améliorent rien bien au
contraire. Il ne faut pas céder à la tenta-
tion d'une exploration de visu ; la politi-
que facile de "Allons-y voir" peut être ici
non seulement inutile mais nuisible. Ce re-
fus de l'acte opératoire sera d'autant plus
méritoire que, suivant l'heureuse expression
d'AMELINE et BOITTELLE, les algiques sont
des malades qui "bêlent après l'interven-
tion chirurgicale" qu'elles "extorquent
presque toujours tôt ou tard". L'ablation
d'un ovaire pour ovarite scléro-kystique,
d'une trompe pour paramétrite, ne feront
qu'aggraver les choses. Par contre la réduc-
tion d'une rétroversion utérine fixée et
douloureuse peut être indiquée.

Ainsi, à l'opposé, le thérapeute ne
doit pas diriger systématiquement, et de
façon plus ou moins hâtive l'algique vers
des thérapeutiques non sanglantes, unique-
ment psychothérapiques. COTTE et MATHIEU, dont
on ne peut pas dire qu'ils se soient dé-
sintéressés du "fonctionnel" chez la femme,
au Congrès de Gynécologie de 1950, pouvaient
dire : "Nous ne croyons pas qu'en gynécolo-
gie, il y ait tellement de troubles psycho-
pathiques primitifs et nous pensons qu'il
suffit souvent d'enlever l'épine irritative
qui est à l'origine pour que le psychisme
retrouve son équilibre parfait", "et
FUNCK-BRENTANO qui rapporte ce jugement
ajoute : "Au clinicien de rechercher avec
une inlassable patience et un soin méticu-
leux cette épine irritative causale". Et
nous avons vu dans le chapitre précédent

que la conduite à tenir du médecin repose presque uniquement sur la recherche d'une lésion initiale.

Cependant une fois éliminée la présence d'une lésion organique ou "l'épine irritative responsable", en présence d'une algie pelvienne essentielle de quels moyens disposons-nous ? Ce que COTTE appelait "une psychalgie pelvienne d'origine génitale" peut apparaître et c'est le plus souvent, sans lésion originelle ancienne. Pourtant on retrouve parfois dans le passé une affection génitale douloureuse. Comme le disait autrefois Charles FLESSINGER : "la maladie a existé. Après sa disparition la femme continue à ressentir la douleur, le pli de la douleur est pris".

Quoiqu'il en soit, le nombre et la diversité des traitements proposés font preuve de leur trop fréquente inefficacité. Les thérapeutiques sédatives doivent être largement utilisées : antinevins et tranquillisants. Antispasmodiques (belladone) et sympatholytiques (papavérine) peuvent avoir des effets bénéfiques. Des massages gynécologiques, en cas de cellulite pelvienne associée, et ce n'est pas rare, ont pu être préconisés ainsi que des cures hydro-minérales avec grands bains, bains de siège, douches ... Le syndrome douloureux tire bénéfice essentiellement de l'action relative des eaux radioactives oligométalliques de préférence, accessoirement des eaux chlorurées sodiques faibles. Ces eaux agissant à la fois sur l'état loco-régional, sur l'état constitutionnel, et aussi il faut bien le dire sur un psychisme particulièrement réceptif, peuvent obtenir d'excellents résultats et venir "puissamment en aide aux autres modes de traitement".

Ont également été proposés la réflexothérapie par "irritation cutanée locale" (SAVIN) la diathermie, les ondes courtes, ionisations, ultra sons etc... et ceci avec de plus ou moins heureux résultats. De même les infiltrations procainiques des paramètres : infiltrations à l'aide d'une solution à 1 p.cent de procaine du ganglion de Lee-Frankenhauser dans la base des paramètres. On pique avec une aiguille le cul-de-sac latéral du vagin quelques millimètres en dehors du col utérin. Cela en enfonçant l'aiguille à 15 mm de profondeur de façon bilatérale et en renouvelant à chaque cycle.

Mais comme pour les cures hydrominérales une grande part de psychisme entre en ligne de compte pour la réussite du traitement et celui-ci donnera de plus ou moins bons résultats selon que la malade croit ou ne croit pas qu'il en aura.

Aussi le rôle du médecin praticien peut s'avérer ici considérable. La psychothérapie est souvent difficile chez ces femmes enracinées depuis longtemps dans leur mal. Le médecin non spécialiste se contentera le plus souvent d'affirmer l'absence de lésions organiques graves et de prodiguer quelques conseils de bon sens. S'il arrive à capter la confiance de sa malade, il lui fera croire au maximum à l'un des multiples traitements dont nous venons de parler et pourra ainsi obtenir des résultats parfois très satisfaisants.

En cas d'échec, ces malades seront dirigées vers le spécialiste, qui jugera de l'opportunité d'une analyse plus poussée. Ainsi dans le service du Professeur FUNCK-BRENTANO, Madame le Dr Hélène MICHEL-WOLFROMM a pu traiter et suivre 104 malades ; voici ses

conclusions : "une thérapeutique somatique polyvalente au début paraît indispensable car elle témoigne d'une bonne volonté nécessaire avant de suggérer l'idée de la psychothérapie. En dehors des traitements classiques, nous utilisons volontiers l'homéopathie et l'acupuncture pratiquées par M. BURLON avec un pourcentage de 60 p. cent d'améliorations durables. La psychothérapie n'agit qu'en surface. La psychothérapie de surface n'agit jamais par le transfert seul dont les effets sont fragiles, mais aidée par la confession qui dissipe certaines culpabilités et par l'éducation (après aveu préalable) qui influe sur la malade et sur son entourage". De cette façon sur 104 cas, Madame MICHEL-WOLFROMM a obtenu 37,5 p. cent de succès réel, 28,8 p. cent d'échec et 33,7 p. cent de résultats intermédiaires : amélioration ou déplacement. Bien sûr le pourcentage des succès est faible, le succès lui-même est fragile et ne pourrait être considéré comme acquis qu'après un recul de 10 ans ; cependant si l'on considère qu'autrement il n'est pas possible de guérir de telles malades, il faut accorder au crédit de la thérapeutique psychosomatique une efficacité non négligeable.

CONCLUSIONS

-:-

Sur les trois cas que nous avons rapportés, aucun n'a été sensible à la thérapeutique habituelle, voire chirurgicale. Tous trois se rapportent à des femmes jeunes au passé gynécologique et obstétrical à peu près intact, mais excessivement sensibles, et ayant chacune ressenti à un moment de sa vie un choc psychologique intense. Pourtant les algies pelviennes dont elles se plaignent, bien que sans support anatomique précis, sont bien réelles. On peut les décrire, les préciser tout à loisir quant à leur intensité, leur localisation, leur horaire, leurs irradiations. Aussi, rappelons-le, ces femmes errent de médecin en médecin, à la recherche d'une impossible guérison.

Nous avons vu que devant elles, le praticien ne peut disposer d'aucun élément précis de diagnostic. Tous les examens sont normaux, et si l'on recherche avec insistance une "épine irritative" on s'aperçoit que, si elle existe, elle ne correspond en aucune façon à la symptomatologie fonctionnelle riche dont se plaint la patiente.

Pourtant, le traitement devra d'abord être orienté vers la disparition et la guérison de cette lésion minime, au besoin chirurgicalement. Puis de nombreuses et di-

verses "recettes" pourront être proposées avec plus ou moins de bons résultats. Enfin, à peu près persuadé de la nature essentielle de ces algies, le praticien ou le psychiatre devra rechercher dans le passé de la malade le support psychique de ces douleurs. Et nous avons vu que de cette façon près d'un tiers des cas pouvaient être guéris. Ici plus qu'ailleurs en effet "la malade prime la maladie".

Rappelons pour terminer la belle phrase de LERICHE (La chirurgie de la Douleur) :
"Dans ce conflit qui résulte des deux tendances inverses, tendance de celui qui aime à se raconter et tendance de celui qui veut être objectif, c'est souvent le malade qui a raison, et nous devons lui donner plus de temps que nous ne le faisons, surtout quand il souffre".

-:-

Vu
Le Président
Signé : J. DELAY

Vu
Le Doyen
Signé: L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de PARIS
Signé : J.H.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

GERSENDORF

Actualités gynécologiques 1953, p.58

SCHOCKAERT et RENAER

Bull. de la Société royale Belge de
gynécologie et obstétrique 1954
t.24, p.147

de WERRA

Gynécologie et obstétrique
1956, t.55 n°2

SEVIN André

Gynécologie fonctionnelle et neuro-
psychiatrie.
Thèse de Paris 1955

CARDIA Mario

Les ultra-sons en gynécologie :
gynécologie pratique 1959, t.10
n°1

LERICHE

Physiologie de la douleur.

FUNCK-BRENTANO

Traitement des algies pelviennes
féminines.
Rev. Praticien 1-9-59

GODAR

L'hystérectomie dans les algies
génitales chroniques et récidivantes.
Société royale Belge de Gynécologie
et obstétrique - 10-4-1954

MOGNETTI S.

Perspectives de la chirurgie conser-
vatrice dans le traitement des algies
pelviennes en pays minier.
Rev. française de gynécologie et
obstétrique, février 1958, n°2,
pp.153-161

CANEL Yves

Traitement hydrominéral des inflamma-
tions génitales et des algies pel-
viennes chez la femme.
Rev. Praticien, tome IX - n°22,
p.2393

PALMER R.

La coelioscopie dans le diagnostic
des algies pelviennes rebelles.
Rev. Praticien, sept. 1959

FUNCK-BRENTANO et ROBERT H.

Les inflammations péri-utérines et
leurs séquelles.
Encyclop. Méd. Chir. I, p.208

WOHYMIK-WEILL

Etude médico-sociale de quelques
affections gynécologiques.
Thèse Paris 1952, n°1024

ROBERT H.

Les algies pelviennes. Problèmes
clinique et étiologique.
Rev. du Praticien IX, n°22, p.2365

Gynécologie - E.M.C. 1956 - 76-6-10

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
- Introduction	15
- 1ère Observation	17
- 2e Observation	22
- 3e Observation	25
- Conduite à tenir devant une malade se plaignant d'algies pelviennes	28
- Intérêt de la médecine psycho- somatique devant de telles maladies	37
- Conclusions	43
- Bibliographie	45

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui ne seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

